

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLÔME D'ÉTAT

PAR

BRETON RENÉ

Né à Damery (Marne), le 29 Décembre 1897

Externe des Hôpitaux

Croix de Guerre

Rhumatisme Cervical

et

Syndrôme Cervico-Sciatique
chez l'Enfant

Président : M. NOBÉCOURT, Professeur

EDITIONS DE
LA SEMAINE DENTAIRE

12, Rue de Hanovre, PARIS-2°

1927



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40152002_0033

Rhumatisme Cervical

et

Syndrôme Cervico-Sciatique

chez l'Enfant

Le Doyen : M. ROGER.

I. PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et Chimie générale	DESGRE
Bactériologie	LEMIER
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel L
Pathologie médicale.....	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	PRENAN
Pharmacologie et matière médicale	N.
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	Léon BE
Médecine légale	BALTHA
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTR
Pathologie expérimentale et comparée	N.
Clinique médicale.....	GILBERT
	BEZANÇ
	ACHARD
	WIDAL.
Hygiène et Clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCO
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAU
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSE
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAI
Clinique des maladies infectieuses.....	TEISSIE
	DELBET
	HARTMA
Clinique chirurgicale	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIE
Clinique urologique.....	LEGUEU
	COUVEL
Clinique d'accouchements	BRINDE
	JEANNIN
Clinique gynécologique.....	J.-L. FA
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉ
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILE
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique thérapeutique.....	SERGEN
Professeur sans chaire	ROUVIÉ

II. -- AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ABRAMI.....	Pathologie médicale.	HOVELACQUE .	Anatomie.
ALGLAVE.....	Pathologie chirurgicale.	JOYRUX.....	Parasitologie.
AUBERTIN.....	Pathologie médicale.	LABBÉ (Henri)...	Chimie biologique.
BASSET.....	Pathologie chirurgicale.	LARDENNOIS...	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN.....	Pathologie médicale.	LE LORRIER...	Obstétrique.
BINET.....	Physiologie.	LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.	LÉVY-SOLAL...	Obstétrique.
BRANCA.....	Histologie.	LHERMITTE....	Pathologie mentale.
BRULÉ.....	Pathologie médicale.	LIAN.....	Pathologie médicale.
BUSQUET.....	Pharmacologie et ma- tière médicale.	MATHIEU.....	Pathologie chirurgicale.
CADENAT.....	Pathologie chirurgicale.	METZGER.....	Obstétrique.
CHAMPY.....	Histologie	MOCQUOT.....	Pathologie chirurgicale.
CHIRAY.....	Pathologie médicale	MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
CLERC.....	Pathologie médicale.	MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
DEBRÉ.....	Hygiène.	MULON.....	Histologie.
I. de JONG.....	Anatomie pathologique	PHILIBERT....	Bactériologie.
DUVOIR.....	Médecine légale.	RIBIERRE.....	Pathologie médicale.
ÉCALLE.....	Obstétrique.	RICHET Fils...	Physiologie.
FIESSINGER...	Pathologie médicale.	TANON.....	Pathologie médicale
FOIX.....	Pathologie médicale.	VAUDESCAL...	Obstétrique.
GARNIER.....	Pathologie expérimente.	VERNE.....	Histologie.
HARVIER.....	Pathologie médicale.	VILLARET.....	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER .	Urologie.	WELTER.....	Ophthalmologie.

III. -- AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

M. GOUGEROT..	Pathologie médicale.		M. GUÉNIOT.....	Obstétrique.
			M. RETTERER..	Histologie.

IV. -- AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.

AUVRAY Clinique chirurgicale.
CHEVASSU..... Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE..... Clinique médicale.
LEREBoullet. Clinique médicale in-
fantile.

MM.

LÉRI Clinique médicale.
LÉPER Clinique médicale.
PROUST Clinique chirurgicale.
RATHERY..... Clinique médicale.
SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale.

V. -- CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé...	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....		Stomatologie.
N.....		Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

JE DÉDIE CETTE THÈSE :

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

Mort au Champ d'honneur

A MES PARENTS

En témoignage de ma profonde
affection.

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur P. NOBÉCOURT,

*Professeur de Clinique Infantile à la Faculté de Médecine
de Paris*

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'Honneur

En témoignage de ma reconnaissance et de mon entier dévouement.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

M. le Professeur GILBERT,

M. le Docteur POTHERAT,

M. le Docteur PARMENTIER,

M. le Docteur ARROU,

M. le Professeur BRINDEAU.

EXTERNAT

1922 — M. le Docteur KÜSS.

1923 — M. le Docteur MICHEL.

1924 — M. le Professeur NOBÉCOURT.

1925 — M. le Docteur René BÉNARD.



AVANT-PROPOS

Au cours de notre année d'externat dans le service de M. le Professeur Nobécourt, aux Enfants Malades, nombre de sujets intéressants s'offraient à nous, mais parmi eux, il en est un qui a retenu notre attention, non seulement parce qu'il nous a paru d'un réel intérêt, mais parce que depuis longtemps déjà aucun travail important ne lui avait été consacré. Aussi espérons-nous pouvoir apporter quelques précisions sur le rhumatisme cervical et cervico-sciatique chez l'enfant.

Historique.

Le rhumatisme cervical ou torticolis rhumatismal a été pendant longtemps regardé par les auteurs comme toujours d'origine musculaire.

C'est ainsi que Spring a décrit le torticolis rhumatismal sous le nom de torticolis myopathique.

Mais néanmoins, au début du XIX^e siècle, en 1828, la théorie musculaire a commencé à perdre la plupart de ses défenseurs. En 1888, Grancher distinguait encore un rhumatisme cervical musculaire vrai et un rhumatisme articulaire.

En se reportant à la thèse de Jean Humeau, en 1897, on voit que depuis Delpech, la théorie musculaire fut battue en brèche, et la théorie rhumatismale a pris pied de plus en plus.

En 1895, Marfan professe une opinion plus exclusive encore, en affirmant dans une leçon faite à l'hôpital des Enfants Malades, qu'il n'y a pas de torticolis par myosite rhumatismale primitive ou tout au moins que celui-ci est très rare.

LE RHUMATISME CERVICAL SPÉCIFICITÉ DE LA MALADIE RHUMATISMALE

Avant d'aborder l'étude toute particulière du rhumatisme cervical, branche du rhumatisme articulaire aigu, nous allons mettre en relief les caractères fondamentaux de ce dernier, et les éléments qui confirment sa spécificité.

Certains auteurs, dont Bouchard, Hutinel et P. Lereboullet admettent que le rhumatisme articulaire aigu est le grand type clinique autour duquel se groupent les affections dites rhumatismales.

Bouchard relève l'existence du rhumatisme articulaire aigu dans 28 % des cas chez les lithiasiques biliaires, dans 31 % chez les obèses, 15 % chez les diabétiques, 9 % chez les gouteux.

Widal admet lui aussi que la polyarthrite aiguë peut éclater sans être aidée par aucune cause prédisposante, mais que ses rapports fréquents avec l'arthritisme n'en doivent pas moins être toujours présents à notre esprit.

Pour F. Bezançon et M.-P. Weill, la diathèse rhumatismale n'est jamais à la base du rhumatisme articulaire aigu, qui est une maladie infectieuse parti-

culière. D'après ces auteurs, le rapprochement que l'on a pu faire avec la diathèse arthritique, représentée par la goutte, est simplement due aux localisations articulaires communes à ces deux affections, et ils estiment que c'est là un argument véritablement insuffisant.

L'allure clinique de la maladie rhumatismale, l'abattement du malade, sa fièvre, l'aspect de sa langue saburrale, parfois sèche, de ses urines, rares, sédimenteuses, parfois même albumineuses, tout plaide en faveur de son origine infectieuse.

Mais tous les auteurs qui jusqu'ici se sont attaqués à son étude bactériologique, n'ont abouti qu'à un échec. Dans l'immense majorité des cas, aucun microbe ne peut être isolé des produits examinés.

La contagiosité du rhumatisme articulaire aigu est relativement faible, et susceptible de passer inaperçue. Il n'est pas certain que ce soit au cours de la crise aiguë que s'exerce cette discrète contagiosité. On ne voit jamais dans une salle d'hôpital les voisins de lit d'un rhumatisant devenir rhumatisants.

Mais on peut se demander si cette contagiosité n'est pas moins directe ou plus précoce, si elle ne s'exerce pas plus ou moins longtemps avant la crise paroxystique qui constitue l'attaque de rhumatisme articulaire aigu.

Ce qui fausse tout le problème en matière de rhumatisme, tant au point de vue étiologique que pour ce qui est de sa conception générale, c'est la part trop exclusive donnée aux manifestations articulaires, alors que celles-ci ne représentent qu'un épisode au cours de la maladie.

Les complications cardiaques sont en effet des plus importantes. Bouillaud, dont le nom reste lié à jamais à la maladie rhumatismale, l'affirmait ainsi dans une expression imagée : « Le rhumatisme articulaire aigu lèche les articulations, mais il **mord** le cœur ».

LE RHUMATISME CERVICAL

SYMPTOMATOLOGIE

Au cours d'un rhumatisme articulaire aigu, on observe généralement des localisations multiples, la douleur et l'inflammation sautent bien souvent d'une articulation à l'autre. Rilliet et Barthez le faisaient avec raison remarquer : « Toutes les articulations sont exposées aux atteintes du rhumatisme, même les petites articulations, des mains et des pieds, celles des vertèbres cervicales, *torticolis*, celles des mâchoires et de la clavicule ». Mais ces cas rentrent dans l'étude générale du rhumatisme articulaire aigu. Ce qu'il y a de particulier et ce qui nous intéresse spécialement, c'est quand le rhumatisme cervical est la localisation première ou unique de l'atteinte rhumatismale.

Celui-ci survient généralement à partir de 4 à 5 ans.

Le début est très souvent rapide, les phénomènes généraux assez intenses : état saburral des voies digestives, courbature, fièvre modérée.

Mais à côté de cette forme à début fébrile, il en existe une autre où la douleur du cou, survenant le matin, sans fièvre, est attribuée à une mauvaise position.

Les symptômes locaux consistent dans l'attitude

vicieuse de la tête, due à une contracture du sterno-cléido-mastoïdien : parfois la tête est inclinée, parfois même la tête conserve sa rectitude. Quelquefois aussi, l'attitude de la tête varie d'un jour à l'autre.

. Au début, la douleur est spontanée, mais généralement peu vive ; elle est surtout augmentée par les mouvements actifs, et réveillée par la pression au niveau des apophyses vertébrales.

Elle peut siéger sur toute la hauteur du cou ; généralement, son intensité maxima est à la partie moyenne, au niveau des ligaments de la colonne vertébrale.

Les muscles sterno-cléido-mastoïdiens ne sont pas douloureux.

A la période de repos, il n'y a pas de contracture, c'est comme disait Grüber, un torticolis de protection.

Généralement, les douleurs cessent après un traitement salicylé de 8 à 10 jours.

Cependant, la maladie n'est pas toujours terminée ; il y a, en effet, des cas où d'autres localisations articulaires vont se produire ; mais ce qu'il faut avant tout redouter, ce sont les complications cardiaques. Dans ces cas, plus rares, la cessation de la douleur est moins rapide ; tantôt elle diminue pour reprendre de l'intensité dans la suite. On peut être alors en présence d'une forme subchronique d'un rhumatisme cervical à répétition.

OBSERVATION I

Enfant, né le 1^{er} Mars 1914.

En Octobre 1921, brusques douleurs dans le cou, dans les lombes, dans les membres inférieurs. Légère raideur de nuque, léger Kernig.

Signes de sciatique assez nets.

Ponction lombaire : pas de réaction leucocytaire, pas d'albumine.

On donne du salicylate. Amélioration.

Mais 3 ou 4 jours après : assourdissement du premier bruit qui marque le début de l'endocardite mitrale. Quelques frottements péricardiques.

Le Professeur Nobécourt a porté le diagnostic de rhumatisme cercical, diagnostic confirmé par l'apparition d'une cardiopathie.

OBSERVATION II

Enfant, née le 17 Novembre 1920.

Père rhumatisant.

Frère de 7 ans, soigné pour une maladie de Bouillaud, compliquée de cardiopathie.

Le 30 Mai 1925, l'enfant ressent un point de côté gauche. Fièvre légère entre 37°6 et 38°8. Somnolence. Langue saburrale.

Un seul vomissement.

Céphalée assez tenace.

L'enfant se plaint également de douleur cervicale assez vive, douleur réveillée par les mouvements et la pression.

Ebauche du signe de Kernig.

Le diagnostic porté par le Professeur Nobécourt fut celui de rhumatisme cervical, et le traitement au salicylate de soude, à raison de 3 grammes par jour, fut prescrit.

Par mesure de précaution, et pour confirmer le diagnostic, ponction lombaire :

0 gr. 30 d'albumine par litre.

0 gr. 50 de glucose par litre.

Réaction lymphocytaire peu marquée.

Au bout de peu de temps, survient une amélioration notable, mais l'affection n'était pas terminée.

La petite malade fut revue plusieurs fois, pour phénomènes douloureux cervicaux.

Le 18 Juin 1926, elle entre de nouveau à l'hôpital pour douleurs des autres articulations. Léger souffle systolique à la pointe qui traduit une endocardite mitrale.

Traitement : Salicylate.

Amélioration à la sortie.

N'a plus été revue dans le service.

DIAGNOSTIC DU RHUMATISME CERVICAL

Le diagnostic positif de rhumatisme cervical est généralement facile à porter. Devant le début brusque et fébrile de l'affection, l'attitude vicieuse de la tête, la douleur à la pression des apophyses vertébrales, douleur réveillée dans les mouvements de rotation, quelquefois de flexion de la tête, il faudra toujours y penser. Très souvent, l'existence d'autres manifestations ou de complications rhumatismales, nous aideront à affirmer notre diagnostic.

Il est facile d'éliminer l'*adénite cervicale aiguë*, qui provoque souvent un torticolis dû à la présence de ganglions douloureux et enflammés sur les parties latérales du cou. Mais l'absence de douleur au niveau des articulations vertébrales, et la présence d'une angine, causée directe de l'adénite, oriente rapidement et à coup sûr, le diagnostic.

L'*otite*, la *mastôidite* peuvent s'accompagner aussi d'un torticolis. Recherchons alors les points douloureux à la pression et à la percussion derrière le pavillon de l'oreille ; et pour éliminer les dernières causes d'erreur, si nous avons le moindre doute, faisons un examen otoscopique complet.

Il est inutile d'insister longuement sur le torticolis

survenant à la suite d'un *traumatisme de la colonne cervicale*, l'*entorse des vertèbres cervicales*, car, s'il est vrai que les symptômes soient à peu près identiques dans les deux affections, si le siège de la douleur est localisé dans les deux cas, au niveau des articulations, avec attitude vicieuse analogue, l'anamnèse nous fournit des renseignements suffisants, la notion de cause, du traumatisme ou du mouvement forcé ayant déterminé l'entorse.

Plus grave que l'entorse, mais aussi beaucoup plus rare est la *subluxation des vertèbres cervicales*. Dans ce cas, on peut facilement éliminer l'idée d'arthrite rhumatismale en s'appuyant d'abord sur l'existence de traumatisme au début, sur la déformation de la colonne vertébrale appréciable à la palpation et au toucher pharyngien, sur l'absence de fièvre dans les premiers jours et sur l'apparition presque immédiate des troubles de compression spinale.

Mais il est une autre affection sur laquelle il faut insister tout particulièrement ; il s'agit du *mal de Pott cervical*. Si le diagnostic ne souffre pas de difficultés dans les cas où l'arthrite cervicale a un début brusque avec fièvre, ce qui est loin d'être le propre du début d'un mal de Pott, il n'en est pas de même lorsque le rhumatisme cervical se prolonge, lorsqu'il passe à l'état subaigu. Heureusement, nos moyens d'investigation sont autrement développés que ceux de nos ancêtres, et la radiographie ne permet plus aujourd'hui de commettre cette erreur. Mais nous ne voulons pas nous borner à cet unique procédé, car la clinique ne perd jamais ses droits, ne serait-ce que dans les pays assez déshérités pour n'avoir pas à leur dispo-

sition un service de radiographie. Aussi rapportons-nous ici la description classique, si nettement et magistralement exposée par Lannelongue, dans ses *Leçons sur la Tuberculose vertébrale* : « Un examen raisonné, dit-il, doit permettre de lever les doutes. Dans l'arthrite rhumatismale, les mouvements de rotation de la tête sont plus libres, la déviation du cou est latérale ; la courbure du rachis est plutôt une scoliose qu'une déviation antéro-postérieure. De plus, il est rare que l'immobilité de la région soit aussi absolue que dans le Mal de Pott. Dans beaucoup de cas, on pourra déterminer des mouvements incomplets accompagnés parfois de douleurs plus vives que dans le Mal de Pott. Comme la déformation est simple, et due à des altérations limitées, il n'y a de gonflement que d'un côté, et le gonflement osseux est produit par la courbure du rachis. On atteint plus facilement de ce côté les apophyses transverses et articulaires qui soulèvent les muscles. Il n'y a pas d'empatement total et symétrique de la région et on ne trouve pas non plus cette tuméfaction envahissante des parties molles, qui, dans le mal de Pott, conduit à la formation des abcès. L'affection rhumatismale ne se complique en effet jamais de suppuration, ni d'abcès, et c'est là pour les cas anciens, un caractère important. Notons enfin une atrophie des muscles plus prononcée que dans le mal de Pott. Cette atrophie est ordinairement unilatérale et affecte le côté dont les articulations sont atteintes ».

LE RHUMATISME CERVICO-SCIATIQUE

Nous avons étudié le rhumatisme cervical pur, mais il arrive souvent que d'emblée le rhumatisme cervical s'associe à un syndrome de sciatique, ou que débutant par des symptômes cervicaux, les signes de sciatique viennent secondairement s'y associer.

Le rhumatisme cervico-sciatique se présente avec des caractères assez nets. Précédé parfois de prodromes, angine, courbature, mauvais état général, état saburral des voies digestives, vomissements, son début est plus généralement brusque et rapide, marqué par l'apparition de points douloureux dans la région cervicale et dans les membres inférieurs. La température oscille entre 38° et 40°, le pouls est en rapport avec elle. La rate est un peu augmentée de volume. Certains malades se plaignent de céphalée frontale, parfois vive ; bien souvent aussi, celle-ci fait défaut.

La douleur de la nuque est aussi marquée que dans le rhumatisme cervical ; et pour ne pas la réveiller, l'enfant immobilise son cou. Mais le siège est différent ; les points douloureux siègent ordinairement dans le haut, au niveau de l'articulation atloïdo-axoïdienne, ou même encore plus haut, sous l'occiput. La

flexion de la tête peut être possible, mais les mouvements de latéralité sont souvent impossibles.

La pression au niveau des ligaments postérieurs réveille une douleur exquise.

Du côté des membres inférieurs, la douleur est plus ou moins vive. Tantôt c'est une simple sensation de courbature, tantôt les points sciatiques sont presque au complet avec un signe de Lasègue des plus nets.

Le liquide céphalo-rachidien est clair, il contient de 30 à 40 centigrammes d'albumine par litre ; les leucocytes font souvent défaut, il s'agit toujours de lymphocytes. La pression est souvent un peu élevée, et l'on a remarqué qu'après la ponction, les douleurs cessent aussitôt ou sont du moins très atténuées.

Le traitement repose lui aussi sur l'aspirine et le salicylate de soude qui calment souvent rapidement les phénomènes douloureux, et en provoquent généralement la cessation au bout de 8 à 10 jours.

Diagnostic.

Contrairement au rhumatisme cervical, dont le diagnostic est souvent porté d'emblée, il n'est pas rare de voir entrer à l'hôpital des malades atteints de rhumatisme cervico-siatique, dont le diagnostic n'a pas été confirmé, si même il a été soupçonné. Ces malades, en effet, nous sont envoyés avec l'étiquette de grippe, de courbature fébrile, d'embarras gastrique fébrile, diagnostics qui laissent toujours planer un doute sur l'affection. Parfois, c'est franchement avec le diagnostic de méningite cérébro-spinale qu'on nous les présente. Et c'est précisément à cause des ca-

ractères parfois semblables de ces deux affections, qu'il est intéressant, au point de vue clinique, de les analyser.

Le tableau méningé se montre parfois avec des caractères trop nets pour qu'il soit permis de douter : contracture de la nuque nettement caractérisée, rachialgie, Kernig vrai, raie méningitique, réflexes cutanés ou tendineux exagérés, ou, à un stade ultérieur, surdité, strabisme, myosis, inégalité pupillaire.

Mais combien de fois, ces symptômes font défaut !

Nombreux sont les cas où la contracture de la nuque et le Kernig sont peu marqués, où c'est l'élément douleur qui domine. Et c'est alors que l'erreur est facile. Aussi dans les cas qui ne sont pas nettement tranchés, il faut recourir à la ponction lombaire pour l'étude du liquide céphalo-rachidien.

Notons d'abord qu'elle soulage souvent notre malade, et elle seule est capable de nous donner la clef du diagnostic.

Dans les deux cas, le liquide est généralement hypertendu ; mais, dans le rhumatisme, il est clair, limpide. Dans la méningite, il est trouble, ou au moins louche, et son seul aspect permet le diagnostic au lit du malade.

L'examen clinique et cytologique montre un liquide différent suivant l'affection.

Dans le rhumatisme cervico-sciatique, l'élévation du taux de l'albumine est assez fréquente, et les réactions leucocytaires inconstantes et d'intensité variable. La formule est tantôt lymphocytaire, tantôt mixte avec prédominance, soit des lymphocytes, soit

plus rarement des polynucléaires ; mais les leucocytes manquent souvent ou sont en petit nombre.

Dans la méningite cérébro-spinale, l'albumine est également augmentée ; mais les réactions leucocytaires sont différentes. On a, en effet, un liquide purulent ou louche, riche en polynucléaires, et renfermant des méningocoques.

Si le diagnostic par l'examen du liquide céphalo-rachidien est facile et sûr dans la méningite cérébro-spinale, il peut permettre la confusion entre la méningite tuberculeuse et le rhumatisme cervico-sciatique.

Le début de la méningite tuberculeuse, insidieux et à allures irrégulières, diffère de celui du rhumatisme qui est brusque. Et là encore, le dernier mot revient à la clinique. Ajoutons que celle-ci est parfois aussi impuissante quand le rhumatisme cervico-sciatique s'accompagne de réaction méningée très marquée ; seule l'évolution de la maladie pourra nous éclairer.

Les complications du rhumatisme cervico-sciatique sont les mêmes que celles du rhumatisme cervical ; et c'est par une de ces poussées rhumatismales méconnues, qu'on explique souvent les cas d'endocardite et de péricardite dont la nature échappe.

RHUMATISMES CERVICAL ET CERVICO- SCIATIQUE SECONDAIRES

Le rhumatisme cervical et le syndrome cervico-sciatique reconnaissent d'autres causes que le rhumatisme articulaire aigu primitif ou idiopathique. Ils peuvent être secondaires à d'autres infections ou symptomatiques : au début d'une broncho-pneumonie grip-pale, au cours d'une septicémie pneumococcique, d'une scarlatine, des oreillons, au début ou au cours de fièvre typhoïde ou para-typhoïde.

Les anomalies dans le mode de début de la fièvre typhoïde sont fréquentes chez l'enfant ; parmi les symptômes de la période d'invasion, certains sont assez rares, assez mal connus.

Dans ce cas, se trouve le torticolis sur lequel nous désirons attirer l'attention, à l'occasion de deux malades :

OBSERVATION III

Fanny Mar..., âgée de 8 ans, entre salle Parrot. La malade dans les antécédents de laquelle on ne relève aucune particularité, a été prise brusquement, huit jours avant son entrée à l'hôpital, d'un torticolis intense ; la tête était fortement déviée du côté droit et la raideur musculaire était si accusée qu'elle a pu faire craindre l'apparition d'une méningite cérébro-spinale.

Dès le lendemain apparaissent une violente céphalée et une constipation opiniâtre accompagnée de quelques nausées et d'une élévation progressive de la température.

Lors du premier examen, le tableau clinique est celui d'une dothiéntérie bien caractérisée : stupeur, météorisme abdominal, taches rosées lenticulaires, grosse rate, sibilances dans la poitrine, constipation, fièvre à 40°, pouls dicrote à 110°. La céphalée et le torticolis sont très diminués. Il persiste seulement un peu de raideur du cou qui disparaît très rapidement. Le diagnostic évident est confirmé par le séro-diagnostic. La maladie évolue très normalement, avec une intensité moyenne et guérit dans les délais habituels, sans complication ni rechute.

OBSERVATION IV

Anna Vit..., âgée de 9 ans et demi, fillette bien constituée, sans antécédents héréditaires ni personnels intéressants, sauf une scarlatine, puis une rougeole quelques mois auparavant, entre à l'hôpital des Enfants-Malades, salle Parrot. Elle a été prise huit jours auparavant d'un torticolis assez accusé qui a immobilisé la tête en position vicieuse pendant plusieurs jours.

Au bout de quelques jours, la symptomatologie de la fièvre typhoïde se complète et le séro-diagnostic est positif.

L'évolution est celle d'une dothiéntérie assez légère, régulière, sans complications, sauf quelques foyers d'infection cutanée pendant la convalescence interrompue par une rechute d'allure bénigne.

Chez ces deux malades, le torticolis a nettement marqué le début de la fièvre typhoïde. Chez la seconde, il a même précédé de 3 à 4 jours l'apparition des premiers symptômes généraux.

Le fait, pour être assez rare, n'est pas exceptionnel chez l'enfant. Le Professeur Hutinel l'a assez souvent observé pour lui attribuer une certaine valeur dans le diagnostic de la fièvre typhoïde au début.

Le torticolis dans la fièvre typhoïde est cependant laissé de côté dans la plupart des traités ; toutefois

Riliet et Barthez le signalent expressément parmi les phénomènes névralgiques : « La douleur peut occuper la partie postérieure du cou, comme dans la névralgie occipitale ou le torticolis. Passagère et peu intense dans la plupart des cas, cette douleur a été quelquefois assez vive pour attirer l'attention à l'exclusion de tout autre symptôme ».

S'agit-il dans les faits signalés, d'une réaction méningée précoce ? Il faudrait en tout cas, la considérer comme revêtant un aspect anormal, puisqu'il y avait un trouble fonctionnel unilatéral et non pas la raideur des muscles de la nuque, et que nous n'avons pu constater au moment de l'entrée à l'hôpital, ni raideur des membres, ni signe de Kernig, ni aucun autre phénomène attribuable à l'irritation des méninges.

L'hypothèse d'une myosite typique ou d'une ostéomyélite est peu vraisemblable, car ce sont en général, des complications tardives ; d'ailleurs la myosite est exceptionnelle, et les os de la colonne vertébrale ne nous ont pas paru intéressés.

Faut-il, enfin, admettre l'existence d'arthrites séreuses vertébrales, par analogie avec ces arthrites, cause habituelle du torticolis rhumatismal, d'après Lannelongue et Grancher ?

Cette interprétation n'est pas invraisemblable, car elles peuvent être précoces et généralisées.

Sans nous prononcer sur la pathogénie du torticolis précoce dans la fièvre typhoïde de l'enfant, nous voulons seulement faire remarquer l'intérêt qu'il offre au point de vue clinique. En présence du torticolis aigu, s'il y a de la fièvre, surtout si celle-ci augmente pro-

gressivement, il faut penser au début possible d'une fièvre typhoïde.

Dans un travail récent, les docteurs Fichez et Lefranc prétendent que le torticolis, plus ou moins accentué, depuis la simple gêne des mouvements du cou, jusqu'à l'inclinaison latérale figée, à droite ou à gauche, est le signe le plus précoce de la typhoïde, et existe dans une proportion de 75 %. A notre avis, ce taux nous paraît nettement exagéré.

Il est parfois très difficile de trancher la question lorsqu'on n'a pas assisté à l'évolution entière de la maladie. Ainsi dans notre observation VI, un point n'a pas été élucidé ; la petite malade a-t-elle eu la scarlatine ? tout porte à le croire d'après les caractères de la desquamation dont nous avons parlé et d'après l'éruption qu'elle aurait présentée. Mais la certitude n'existe pas, et nous ne pouvons affirmer qu'il s'agisse d'un rhumatisme secondaire.

Très souvent le doute existe quand les faits sont complexes : un malade peut présenter un syndrome cervico-sciatique, et être amélioré par la médication salicylée ; quelques jours après, le malade présente tous les signes d'une méningite cérébro-spinale.

Dans tous ces cas, il est alors permis de se demander si le syndrome était la première manifestation de la méningite, ou s'il était sous la dépendance de l'infection qui a réalisé ultérieurement cette dernière.

OBSERVATION V

Enfant née le 19 mai 1913.

Orphelin, père tué à la guerre.

Aucun renseignement sur la mère.

Placé en pension dans une institution de Montrouge, où éclate une épidémie de grippe. L'enfant n'a pas échappé à la maladie, et depuis novembre elle est fatiguée et se plaint de céphalée fréquente.

Notons également que depuis quelques mois, l'enfant qui a beaucoup grandi, ne présente pas une constitution bien robuste.

Le 2 décembre, la température de l'enfant atteignant 40°, on décide de l'envoyer à l'hôpital.

A son entrée dans le service : 40° 4/10.

Agée de 13 1/2. Taille : 161 cm. Pouls : 130, régulier, non dicrote.

Elle est abattue, se plaint de céphalée et une toux sèche accroît sa fatigue.

Constipation légère. Pas de vomissements.

Abdomen déprimé. Rate un peu grosse.

Pas d'albumine dans les urines.

Un peu de raideur de la nuque.

Léger signe de Kernig.

Réaction à la tuberculine négative.

Une hémoculture pratiquée montre un bacille paratyphique.

Le bacille paratyphique B agglutine le sérum à 1/200.

La température, les 5 et 6 décembre, s'abaisse à 39°, le 7 décembre à 37° 3.

Examen de M. le Professeur Nobécourt :

L'enfant n'est plus abattue. Mais un nouveau symptôme est apparu : l'enfant se plaint des reins et du cou.

Pas de raideur de la nuque très marquée.

Ce qui domine, c'est l'élément douloureux.

Au niveau des apophyses transverses des vertèbres, on provoque une douleur exquise ainsi qu'au niveau des apophyses vertébrales.

L'enfant se plaint également au niveau des reins, au niveau des trochanters.

Le signe de Lasègue est très net, avec légère défense musculaire.

À la suite d'un traitement salicylé, on obtient une cessation rapide des douleurs.

Chez cette petite malade, la douleur de la nuque était associée à des signes très nets de sciatique. Il s'agissait d'un syndrome cervico-siatique, secondaire à une para-typhoïde.

OBSERVATION VI

Madeleine Racl..., née le 12 septembre 1919.

Père réformé pour insuffisance mitrale.

Mère a des antécédents rhumatisants.

La petite malade a été élevée à la campagne.

Pas d'antécédents personnels, sauf une rougeole sans complications.

Au début du mois de novembre dernier, l'enfant a présenté une éruption, à caractères mal précisés.

Elle reste fiévreuse pendant 8 jours environ. Et pendant ce temps, aucun médecin ne fut appelé.

Aussitôt après, survient brusquement un torticolis.

Tous les mouvements du cou sont difficiles, sinon impossibles. Enveloppements, liniment calmant, les douleurs sont très atténuées.

Cependant, c'est à cause de ces douleurs cervicales que l'enfant est entrée dans le service, le 25 novembre 1926.

Examen à son entrée. — Poids : 22 kg. 400. Taille : 1^m23. Pâleur assez marqué, décoloration des muqueuses, desquamation furfuracée sur l'abdomen, et, au niveau des orteils, desquamation en lambeaux.

Ces signes font penser à la scarlatine.

Langue saburrale.

À l'examen du cou, gêne douloureuse.

Mouvements possibles.

Pas de points douloureux au niveau des points vertébraux.

Cœur un peu augmenté de volume, l'oreillette gauche n'est pas perceptible, la pointe bat dans le 5^e espace, 1cm. en dehors de la ligne mamelonnaire. Souffle systolique piaulant, se propageant dans l'aisselle.

Deuxième bruit pulmonaire un peu accentué.

Pouls à 120. Température entre 37° et 38°.

Pression artérielle normale : 9 1/2-5 1/2 (Vaquez).

Réaction à la tuberculine négative.

L'examen du sang révèle un léger degré d'anémie.

Dans les urines, pas d'albumine.

Régime : lait, bouillies.

Traitement. — 5 grammes de salicylate de soude par jour.

Les douleurs disparaissent, mais la température persiste et dépasse même 38°.

L'examen de plusieurs orthodiagrammes successifs montre un cœur augmenté de volume.

Le souffle persiste : il y a là une endocardite mitrale qui continue d'évoluer.

Au niveau des articulations phalango-phalangiennes, apparaissent des phénomènes douloureux avec gonflement. Cette évolution se produit malgré le traitement indiqué.

Chez cette enfant, appartenant à une famille de rhumatisants, nous avons porté le diagnostic de torticolis rhumatismal.

Examen du liquide céphalo-rachidien :

Cellule de Nageotte : 0,2 élément par mm².

Albumine : 0,18.

Wassermann : négatif.

Examen du sang :

Hémoglobine : 80.

Globules rouges : 3.520.000.

Globules blancs : 9.800.

Poly-neutro : 53.

Poly-baso : 1.

Poly-éosino : 3.

Moyens monos : 14.

Grands monos : 10.

Lymphocytes : 13.

Formes de transition : 7.

Wassermann : négatif.

Métabolisme basal : 33 ; de 39 % inférieur à la moyenne normale.

Dans la première quinzaine de décembre, on constate la disparition presque complète des phénomènes douloureux de la nuque. Mais au niveau des mains, l'extension est douloureuse.

Le 16-12-26, apparition au niveau des tendons des orteils, de petites nodosités, non douloureuses, symétriques, aux deux pieds, analogues aux nodules décrits par Meynet.

Nodosités semblables, roulant sous le doigt, sensation de grains de plomb inclus dans le derme, au niveau de la face dorsale des articulations phalango-phalangiennes et au niveau des apophyses épineuses.

Le 12 janvier, on cesse le salicylate.

Les nodosités diminuent très nettement de volume.

Le souffle systolique persiste.

PRONOSTIC

Le rhumatisme cervical ou cervico-sciatique a une prédilection marquée pour l'endocarde et en particulier pour la valvule mitrale.

Il frappe moins fréquemment le péricarde et dans plus de la moitié des cas, il lèse alors simultanément l'endocarde.

Les endocardites évoluent souvent vers la chronicité. En général, les endocardites et les péricardites s'accompagnent d'augmentation de volume du cœur.

Celle-ci est intéressante à enregistrer ; elle permet de suivre l'évolution de la cardiopathie et d'en préciser le pronostic éloigné.

Elle peut d'ailleurs se produire isolément sans que l'endocarde ou le péricarde paraisse altéré.

La matité précordiale est souvent augmentée.

La pointe du cœur est reportée vers l'aisselle, et plus ou moins abaissée.

L'augmentation de la matité varie d'importance suivant les cas. Elle peut être précoce et exister à l'entrée du malade à l'hôpital ou ne se produire qu'au bout de plusieurs jours.

Le second bruit pulmonaire est souvent accentué ; parfois on entend une ébauche de bruit de galop droit. On trouve le plus souvent des signes d'endocardite ou de péricardite.

L'augmentation de la matité révèle la dilatation du cœur. Celle-ci a une évolution variable : tantôt, elle rétrocede, et le volume du cœur peut redevenir sensiblement normal, tantôt elle reste fixe ou augmente.

La dilatation cardiaque traduit un affaiblissement du myocarde dû soit à une simple asthénie fonctionnelle, soit à des lésions de myocardite.

Dans les formes légères du rhumatisme cervical, ce dernier peut être passé inaperçu, et nous pouvons nous trouver en présence d'un enfant atteint d'une endocardite aiguë sans autre symptôme que les signes de cette maladie. Devons-nous, dans ces cas, penser au rhumatisme ? Très souvent, car si le rhumatisme se complique volontiers d'endocardite dans ses formes fébriles et généralisées, comme l'a montré Bouillaud, il en détermine aussi très souvent l'apparition dans ses formes apyrétiques, légères, oligoarticulaires, et dans ses formes frustres, où la fièvre fait défaut et où les arthropathies sont à peine appréciables ; un simple torticolis, dû à une arthropathie cervicale, peut en être la cause. Sous ce rapport, la loi de Bouillaud, vraie chez l'adulte, n'est pas exacte chez l'enfant.

Le rhumatisme est la cause la plus habituelle de l'endocardite. D'après la statistique du Professeur Weill, il est responsable de 50 % des cas ; la courbe de l'endocardite suit celle du rhumatisme ; c'est à l'âge où celui-ci se développe de préférence qu'elle devient commune.

D'autre part, au cours du rhumatisme, l'endocardite est beaucoup plus fréquente chez les enfants que chez les adultes : d'après diverses statistiques, sur 100 cas de cette maladie, on observe 60, 80, et même 90 cas d'endocardite chez les premiers, et seulement 25 à 30 chez les seconds.

Notons également qu'une autre maladie, la chorée de Sydenham, peut être placée à côté du rhumatisme, dans l'étiologie des endocardites. Elle présente d'ailleurs une parenté indéniable avec le rhumatisme.

Quand les deux affections coïncident ou se succèdent, dans les cas de chorée nettement rhumatismale, l'endocardite est même plus fréquente que dans le rhumatisme simple sans chorée.

Quand la chorée semble primitive, elle peut être comme l'endocardite, la manifestation d'un rhumatisme frustre.

Il en est de même dans les péricardites aiguës qui se développent aussi, non seulement dans la polyarthrite aiguë fébrile, mais aussi dans le rhumatisme oligo-articulaire et apyrétique.

Nous devons consacrer quelques lignes à la comparaison de ce rhumatisme chez l'enfant et chez l'adulte. Non pas qu'il existe de véritables différences au point de vue symptomatique, mais c'est surtout au point de vue des complications cardiaques, que nous aurons à faire quelques remarques.

M. le Professeur Nobécourt, alors médecin-major à Besançon, avait relevé un grand nombre de cas de rhumatismes cervico-sciatiques chez les soldats (Thèse de Versini, 1919).

Les symptômes consistaient en raideur de la nuque, attitude vicieuse de la tête, douleurs dans les membres inférieurs, et modification du liquide céphalo-rachidien, symptômes cardinaux accompagnés parfois de céphalée, vomissements, température légère, augmentation de volume de la rate et même du foie, et, symptôme que nous n'avons pas rencontré chez l'enfant, ictère bénin, observé chez cinq malades.

La liste des complications observées est identique à celle que nous avons étudiée, mais la différence réside en ce sens que leur gravité et leur fréquence sont loin d'être les mêmes dans les deux cas.

Les cardiopathies, consécutives au rhumatisme cervico-sciatique, furent observées chez des soldats de tous les âges, mais les statistiques ont montré nettement que les cardiopathies compliquaient d'autant plus rarement le rhumatisme cervico-sciatique que celui-ci survenait chez des hommes plus âgés.

Le cœur du jeune soldat est donc plus sensible à l'action des agents infectieux du rhumatisme que celui de l'homme adulte, et ceci quelle que soit l'intensité de la poussée rhumatismale. Ce qui constitue une exception de plus aux lois classiques de Bouillaud.

Bouillaud disait en effet : « Dans le rhumatisme articulaire aigu, violent, généralisé, la coïncidence d'une péricardite, d'une endocardite est la règle, et la non coïncidence l'exception, et dans les formes apyriques, oligo-articulaires, légères, l'endocardite ou la péricardite sont l'exception ».

Nous avons vu que chez l'enfant, d'après le Professeur Weill, le rhumatisme est responsable de l'endocardite dans 50 % des cas, et de la péricardite dans

60 %. Après 25 ans, le Professeur Nobécourt ne trouve plus chez les rhumatisants que 25 à 30 % des cas d'endocardite et 10 % de péricardite, proportion qui diminue d'ailleurs de plus en plus à mesure qu'on l'établit chez des malades plus âgés.

Le Professeur Nobécourt insiste sur ce point dans ses leçons sur les endocardites et péricardites aiguës des enfants : « Il semble, écrit-il, que chez eux, l'endocarde ainsi d'ailleurs que le péricarde, soient prédisposés à subir l'action des agents pathogènes : cette prédisposition se prolonge pendant l'adolescence et même, en s'atténuant, chez l'adulte ».

Nous pouvons donc nous résumer en affirmant que si les cardiopathies rhumatismales sont fréquentes chez l'enfant, elles deviennent assez rares chez l'adulte, d'autant plus rares que ceux-ci sont plus âgés.

Signalons enfin que le torticolis rhumatismal pur n'est pas fréquent chez l'adulte et qu'il est beaucoup plus souvent associé au syndrome de sciatique.

TRAITEMENT

Nous n'insisterons pas sur le traitement du rhumatisme cervical ou cervico-sciatique, il rentre dans le traitement général du rhumatisme articulaire aigu : liniments, calmants et salicylate de soude.

L'action du salicylate de soude sur les manifestations articulaires de la crise rhumatismale aiguë est à tel point indéniable que l'utilité de son administration peut être considéré comme un axiome : néanmoins, il faut reconnaître que s'il calme la douleur, le salicylate semble impuissant à combattre la cardiopathie rhumatismale et son influence sur la durée de la maladie est elle-même très discutée.

Dans l'exemple de notre observation N° VI, le salicylate de soude, donné pourtant à raison de 5 grammes par jour chez un enfant de 7 ans pendant un mois et demi, a amené rapidement la disparition des phénomènes douloureux, mais n'a pas enrayé l'évolution de l'endocardite.

La rapidité avec laquelle le médicament s'élimine commande la prolongation de son administration : les doses n'en seront que lentement diminuées, et on n'hésitera pas à revenir aux doses fortes dès la moindre reprise de la douleur ou de la fièvre.

Chez cette petite malade, nous avons failli être amenés à essayer un traitement thyroïdien. En effet, à son entrée, comme nous l'avons fait observer, son métabolisme basal était nettement inférieur à la moyenne normale : la dysthyroïdie était-elle en cause ? Nous avons tenu, avant de lui donner de l'extrait thyroïdien, à vérifier le taux de son métabolisme — on sait en effet que les causes d'erreurs sont multiples, surtout chez les enfants fiévreux. Or, le 23 décembre, son métabolisme n'était plus inférieur que de 6 %. En présence de ce relèvement rapide, nous avons différé la médication thyroïdienne : il semble bien que nous n'y aurons pas recours, le dernier examen pratiqué, ayant donné un taux légèrement supérieur à la normale.

CONCLUSIONS

I. — Cette étude nous a montré qu'on ne peut nier chez l'enfant l'existence d'une forme spéciale du rhumatisme articulaire aigu : le rhumatisme cervical simple ou compliqué dans le syndrome cervico-sciatique. Dans les formes légères, le diagnostic est souvent confirmé par une complication cardiaque.

II. — Les symptômes cardinaux consistent dans l'attitude vicieuse de la tête, la douleur augmentée par le mouvement et réveillée par la pression au niveau des apophyses vertébrales, une fièvre légère, l'état saburral des voies digestives avec en outre les points sciatiques dans le syndrome cervico-sciatique ; l'examen attentif nous permettra d'éliminer les diagnostics de Mal de Pott cervical dans le premier cas et de méningite dans le second.

III. — Le salicylate de soude est le médicament spécifique, mais il ne semble pas enrayer les complications cardiaques.

IV. — Les différentes variétés peuvent être ainsi classées :

a) Rhumatisme cervical pur.

b) Rhumatisme cervical ou cervico-sciatique secondaire à une autre affection : scarlatine, typhoïde, paratyphoïde, oreillons, infections à pneumocoques.

c) Rhumatisme cervical sub-chronique à poussées aiguës successives.

V. — Se souvenir qu'une cardiopathie de nature inconnue peut retrouver son étiologie dans un rhumatisme cervical passé inaperçu.

Vu : *Le Président de Thèse,*
Nobécourt.

Vu : *Le Doyen,*
Roger.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,

Le Vice-Président du Conseil de l'Université de Paris,
F. Brunot.

BIBLIOGRAPHIE

- Jean Humeau.** — Thèse de 1896. *De l'arthrite cervicale d'origine rhumatismale.*
- Rilliet et Barthez.** — *Maladies des enfants.* Tome III, page 809.
- Nobécourt.** — *Cardiopathies de l'enfance.* Paris 1914, page 61.
- Nobécourt et Nadal.** — *Rhumatisme chronique des enfants.* *Archives de médecine des enfants*, 1921, page 732.
- Nobécourt.** — *Syndromes cliniques du rhumatisme cervical et de névralgie sciatique associés. Réactions méningées. Complications cardiaques. Diagnostic avec la méningite cérébro-spinale.* Soc. Méd. des Hôpitaux, 14 janvier 1916.
- Weill.** — *Traité de médecine infantile.* Tome I. 3^e édition. Doin 1911, page 363.
- Nobécourt et Palsseau.** — *Le torticolis, signe du début de la fièvre typhoïde chez l'enfant.* *Bulletin de la Société de Pédiatrie.* Paris, Oct. 1909.
- Versini.** — Thèse de 1919. *Rhumatisme cervico-siatique.*
- Besançon et M.-P. Weill.** — *La spécificité de la maladie rhumatismale. La spécificité du salicylate de soude et le traitement de la crise de rhumatisme articulaire aigu* (Tome 19. N° II, février 1926).
- Flechez et Lefranc.** — *Le torticolis, signe très précoce de la fièvre typhoïde* (*La Clinique*, janvier 1927).

Société Régionale d'Imprimerie et de Publicité.
Imp. Maurice Dormann et Cerf réunies, Etampes.
